

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

T H È S E

N°

245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par **Lawrence S. FULLER**

Né à Laurens, Carolines du Sud, le 21 janvier 1894.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

AVEC LA GRAVIDITÉ ET LA PUERPÉRALITÉ

**TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LA FEMME EN ÉTAT DE GESTATION**

Président : FERNAND BEZANÇON, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par **Lawrence S. FULLER**

Né à Laurens, Carolines du Sud, le 21 janvier 1894.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

AVEC LA GRAVIDITÉ ET LA PUERPÉRALITÉ

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ LA FEMME EN ÉTAT DE GESTATION

Président : FERNAND BEZANÇON, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	H. ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN. . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ . . .	Hygiène.
I. de JONG. . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment ^{le}
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE. . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL . .	Obstétrique
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . .	Histologie.
PHILIBERT. . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHT Fils . .	Physiologie.
TANON . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VERNE. . .	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER . . .	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. . .	Pathologie médicale.
GUENIOT . . .	Obstétrique.

M.	
RETTERRER. . .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LÆPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale in- fantile.	Schwartz . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. BEZANÇON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
AVEC LA GRAVIDITÉ ET LA PUERPÉRALITÉ
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LA FEMME
EN ÉTAT DE GESTATION

L'influence que peuvent exercer sur la tuberculose pulmonaire la gravidité, l'accouchement, la puerpéralité et l'allaitement a été l'objet depuis quelques années de travaux si nombreux et si importants qu'il semble y avoir bien peu à leur ajouter. Cependant les divers problèmes soulevés par cette question ne paraissent pas encore résolus de façon complète et les avis les plus opposés s'expriment encore à leur sujet. Leur intérêt tant théorique que pratique est suffisamment grand pour que l'on réunisse, en vue de les résoudre, le plus grand nombre de documents possible.

Nous avons pu observer un certain nombre de femmes tuberculeuses au cours de leur grossesse et après celle-ci. Avant de rapporter les constatations que nous avons faites nous rappellerons brièvement les conclusions de la plupart des auteurs modernes qui se sont occupés de la question.

Les problèmes soulevés sont multiples et d'ordre clinique, biologique et thérapeutique. On a surtout étudié la valeur du nourrisson issu de mère tuberculeuse, l'avenir qui lui est réservé, les mesures à prendre pour

le préserver de la contagion. Nous nous en tiendrons dans ce travail à l'étude de deux points particuliers : les rapports de la gestation et de la puerpéralité avec la tuberculose, les traitements à mettre en œuvre au cours de leur co-existence.

HISTORIQUE

Si les anciens auteurs se sont souvent occupés de la question, c'est surtout au point de vue de la transmission héréditaire de la tuberculose qui fut longtemps considérée comme un dogme. L'influence même de l'accouchement, de l'allaitement, de la grossesse, sur l'évolution et le développement de la maladie paraît avoir été longtemps méconnue et il ne semble pas qu'on leur ait jamais attribué une action néfaste. Bien loin de là leur rôle aurait plutôt paru favorable. M. Rist rappelle que cette dernière opinion fut en particulier soutenue en 1770 par Rozière de la Chassagne, de Montpellier, dans son *Manuel des Pulmoniques*. Grisolle paraît avoir été le premier en 1850 à remarquer que chez certaines femmes enceintes, la tuberculose peut prendre un cours rapide et grave, et d'autre part, que les premiers symptômes de la maladie apparaissent assez fréquemment au cours d'une gestation. Mais, à l'inverse de la plupart des auteurs modernes, il admet qu'après l'accouchement la tuberculose cesse d'évoluer et que les symptômes s'en améliorent notablement.

Jusqu'au début du siècle actuel, il existe peu de travaux sur le même sujet; mais, en 1902 furent mis en discussion au Congrès International de Rome « Les indications cliniques pour l'interruption de la grossesse ». On envisagea d'ailleurs à peine les cas où l'interruption

est pratiquée en vue d'agir sur une tuberculose évolutive. L'un des rapporteurs, le professeur Pinard admettait que la gestation peut dans certains cas aggraver la tuberculose, mais les limites de cette aggravation lui paraissant difficiles à préciser, il était opposé à toute interruption de la grossesse. Un autre des rapporteurs, Schauta était au contraire partisan de l'avortement thérapeutique précoce, dont il fut toujours un défenseur très énergique.

A partir de 1902, la question des rapports de la tuberculose avec la grossesse a été au contraire étudiée maintes fois et a été l'occasion de discussions multiples et intéressantes.

Fait assez curieux les opinions semblent différer beaucoup suivant les pays. En Allemagne, on s'est surtout intéressé au traitement, et la très grande majorité des auteurs a préconisé et pratiqué très fréquemment l'avortement thérapeutique. Kehrer et plus encore Heimann, Parkow, Winter, se sont faits, en particulier, les défenseurs de cette méthode radicale, admise pendant longtemps par la grande majorité des praticiens de leur pays. Cependant Menge (de Heidelberg) soutenait déjà une opinion opposée au Congrès de Munich de 1911. Kraus en 1917, Scherer en 1922 ont également prétendu que la tuberculose ne s'aggravait pas plus souvent pendant la grossesse qu'en dehors de celle-ci. Schweizer, également en 1922, a déclaré n'avoir jamais beaucoup influencé en bien l'évolution de la maladie en interrompant la grossesse, Franz (de Berlin) avait émis l'année précédente une opinion tout à fait analogue. Il semble donc qu'il y ait depuis quelques années un revirement assez net dans la manière de voir des auteurs allemands.

Aux Etats-Unis le même sujet a donné lieu assez

récemment à deux discussions très complètes, l'une à la Société d'Obstétrique de Philadelphie en 1918, l'autre à la Société Américaine de Gynécologie de Washington de 1922. Au cours de ces deux discussions Charles Norris a étudié et comparé l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses et chez d'autres n'ayant pas eu d'enfants. C'est chez ces dernières que l'évolution paraît avoir été la plus favorable. Mais là encore l'étude de ces discussions montre combien les avis ont été divisés. Flick et West (de Philadelphie) nient l'influence fâcheuse attribuée à la grossesse sur la tuberculose et croient à l'action efficace de la cure de repos et des moyens médicaux mis en œuvre pendant l'évolution de la maladie. Langaker et Schuman (de Philadelphie), Holmes, Petersen, Pomeray (de Washington) sont au contraire persuadés de l'influence désastreuse de la gestation et conseillent son interruption. Elliot propose même l'hystérectomie vaginale au cours de la même intervention.

De nombreux travaux sur le même sujet ont paru également en Suède, en Norvège et en Danemark. Il faut citer en particulier le rapport de Rode (de Christiania) au Congrès d'Helsingfors en 1909. Il considérait la gravidité comme une complication fâcheuse de la tuberculose, mais se montrait peu partisan de l'intervention. Albeck a, l'un des premiers, attiré l'attention sur la gravité d'un avortement pratiqué au cours même d'une poussée évolutive. Essen, Moller, Lindhagen, Forssner ont étudié le même sujet de 1917 à 1920. Enfin Begtrup-Hansen en 1917 a publié une étude importante des rapports entre la tuberculose pulmonaire et les différentes phases de la grossesse. Il admet que dans 40 % des cas environ, la maladie s'aggrave à une période quelconque de la gravidité. Un autre Danois Patersen

a publié à la même époque une autre statistique et n'a observé d'aggravation que dans 12 % des cas.

En France où de multiples travaux ont été publiés, on semble avoir été, en général, de l'avis de Pinard, en reconnaissant parfois une influence fâcheuse à la gestation, mais en ne préconisant presque jamais l'avortement thérapeutique.

Rist par sa communication à la Société française d'obstétrique et de gynécologie a entraîné la publication de travaux aussi importants que variés, tant devant cette Société que devant l'Académie de Médecine en 1922. La plupart des auteurs ont alors émis l'opinion que la grossesse éveille une tuberculose latente et aggrave une tuberculose pulmonaire évolutive. Seul Couvelaire professait sur ce point une opinion moins absolue et ne considérait pas comme prouvé que la gestation favorise par elle-même le développement de l'infection tuberculeuse. En tous cas presque tous les auteurs étaient opposés à l'idée de l'avortement thérapeutique. Bar et Sergent défendaient cependant une opinion plus radicale quoique non interventionnistes d'une façon systématique.

Depuis cette discussion, il faut citer l'important rapport de Forssner au Congrès de Lausanne. Il publia dans ce rapport une très importante statistique. Dans la discussion de ce rapport MM. Léon Bernard, Bezangon, Sergent, Courmont, Rist, Kuss, Carpi et bien d'autres reprirent l'étude des différents points de la question.

Plus récemment il faut citer, au moins en France, les communications d'Audibert et Baylac, de Lekieffre et Druon, des articles de Rist, la thèse de son élève Mayet, les travaux très récents de Sergent et ceux de Pissavy.

Enfin la création d'un service de tuberculeuses

annexé à la clinique Baudelocque a permis de nombreuses études très précises et très complètes, appuyées sur un très grand nombre de cas. Il faut citer à ce sujet les articles de Couvelaire, Léon Bernard et Debré, de Lelong, de Ribadeau-Dumas et Lacomme, enfin la remarquable thèse de Lacomme, résumant le fonctionnement pendant les premières années d'une maternité pour tuberculeuses.

LES CONCEPTIONS MODERNES SUR LES RAPPORTS DE LA GESTATION ET DE LA TUBERCULOSE.

Les opinions modernes sur les rapports de la gestation et de la tuberculose se résument à trois conceptions principales. Pour les uns la tuberculose n'est pas sensiblement aggravée par l'état de gestation, et l'éclosion d'une tuberculose à la suite d'un accouchement ou au cours de l'allaitement peut être considérée comme une coïncidence fréquente, mais explicable.

Beaucoup de phtisiologues au contraire pensent avec Rist que la grossesse survenant chez une tuberculeuse constitue presque toujours une complication grave, souvent mortelle, que d'autre part la gestation ou l'état puerpéral détermine souvent l'éclosion d'une tuberculose jusqu'alors latente, enfin que les tuberculoses déclanchées dans ces conditions ont presque toujours une allure grave.

Une théorie plus éclectique a été soutenue surtout par les accoucheurs et particulièrement en France par Couvelaire et ses élèves. Chez certaines femmes la maladie pendant tout le cours de la grossesse n'évolue

pas ou ne le fait que d'une façon torpide. Lorsqu'on recherche ces femmes au bout d'un an, elles sont presque toutes vivantes.

Au contraire, il est des tuberculeuses chez qui la maladie évolue au cours de la grossesse. Elles ne meurent qu'exceptionnellement à ce moment et en général l'accouchement se fait à une période et dans des conditions normales; mais, à ce moment, une évolution est fréquente, c'est l'apparition d'une poussée évolutive immédiate très souvent grave, parfois mortelle.

Les auteurs qui soutiennent la première théorie admettent que la tuberculose pulmonaire apparaît souvent après un accouchement ou un allaitement, mais qu'on ne peut en tirer des conclusions d'une valeur absolue. Ils font remarquer la fréquence de la tuberculose spontanée entre 20 et 30 ans. Si l'influence de la gestation, disent-ils, était importante, on trouverait dans les statistiques portant sur des sujets de cet âge un nombre bien plus élevé de femmes que d'hommes, or, il n'en est rien. De même, ils font remarquer que les statistiques médiocres formées par les phtisiologues portent sur des malades de dispensaires qui sont des femmes salariées exerçant souvent des professions très pénibles et placées dans de médiocres conditions d'hygiène. Les faits observés dans les grands ateliers occupant un nombre considérables de femmes pendant la Guerre viendraient entièrement confirmer ces faits. On a même soutenu que si on envisage un très grand nombre de cas, le rôle de la gravidité dans l'étiologie de la tuberculose reste sans intérêt réel. Cohn nous l'avons dit a publié une statistique dans laquelle la tuberculose ne serait aggravée qu'une fois sur 10 du fait de la grossesse. Köhne a publié une statistique en apparence aussi favorable; mais, le travail le plus

important sur ce sujet est celui de Forssner de Stockholm. Il déclare que la méprise commise par une grande quantité d'auteurs consiste à avoir trop négligé la gravité propre de la tuberculose pulmonaire. On ne peut prétendre que toute aggravation apparaissant dans le cours d'une gestation est causée par celle-ci.

Les cas qu'il a observés ont été examinés avec le concours de la Ligue Nationale contre la tuberculose. La plupart des malades encore vivantes ont été suivies pendant plus de deux ans après l'accouchement. Il a classé ses malades d'après la classification de Turban, et comparé plusieurs centaines de femmes dont les unes avaient eu des enfants et dont les autres n'avaient eu aucune grossesse depuis longtemps.

Chez les femmes au degré I de Turban, les deux statistiques n'ont aucune différence : 75 % sont améliorées ou stationnaires, 23 % aggravées et 2 % décédées dans la seconde catégorie. Dans la première les mêmes chiffres sont respectivement de 71,28 et 1 %. Après une observation de deux ans, les pourcentages pour les deux groupes sont : Améliorées ou stationnaires 59 ou 60 %, aggravées 27 à 28 %, décédées 14 et 12 %.

Chez les femmes au deuxième degré, la statistique est défavorable aux mères. Les chiffres sont les suivants : améliorées ou stationnaires 73 et 61 %, aggravées 21 et 33 %, décédées 6 % dans les deux séries.

Les proportions seraient à peu près les mêmes pour les malades du degré III.

Forssner ne prétend pas avoir fourni de réponse définitive, mais affirme que ses statistiques démentent le vieux dogme de l'influence néfaste de la tuberculose et cela d'autant plus nettement qu'il s'agit de cas peu avancés sur lesquels, au point de vue d'une intervention thérapeutique les opérations varient. Tout à fait diffé-

rente sont les opinions de Rist qui combattit les conclusions de Forssner dès leur apparition.

Il admet, en effet, que la grossesse survenant chez une tuberculeuse pulmonaire constitue une complication toujours grave et souvent mortelle. Il lui paraît également certain que la gestation ou la puerpéralité peuvent souvent déterminer l'éclosion d'une tuberculeuse pulmonaire jusqu'alors latente. De telles tuberculoses auraient une allure particulièrement sévère. Rist insiste d'abord sur le fait qu'un grand nombre de cas considérés comme des tuberculeuses supportant bien une grossesse sont des erreurs de diagnostic. Il a fait une critique serrée des 58 malades constituant la statistique de Cohn et a constaté que 6 d'entre elles seulement présentaient des signes absolument indiscutables. Pour beaucoup d'autres le doute le plus sérieux plane sur la réalité de la maladie. Il insiste aussi sur le fait qu'il faut différencier l'infection tuberculeuse qui est universelle et la tuberculose maladie. D'autre part sur la nécessité qu'il y a à se baser pour faire le diagnostic de tuberculose sur des signes positifs comme la radiologie et l'examen bactériologique des crachats plutôt que sur un ensemble de signes fonctionnels et généraux susceptibles de dépendre d'autres états pathologiques que la tuberculose. Selon lui la plupart des auteurs qui trouvent bénigne l'association de la tuberculose et de la grossesse se servent de critères discutables, et parmi les cas favorables il y a un grand nombre d'erreurs de diagnostic; au contraire les malades véritablement tuberculeuses augmentent considérablement leurs lésions au cours de la grossesse, la naissance se fait parfois prématurément et l'aggravation est beaucoup plus importante et rapide si la mère nourrit son enfant.

Il n'y aurait que peu d'exceptions à cette règle. Quel-

ques tuberculeuses légères et surtout fibreuses permettent cependant l'évolution d'une grossesse sans poussée évolutive.

Rist n'admet pas sans discussions la théorie qui soutient que la tuberculose est souvent assez bien tolérée pendant la grossesse pour évoluer ensuite rapidement après l'accouchement, ou dans les semaines qui suivent. Il a constaté maintes fois une évolution très grave au cours même de la grossesse et a vu des malades mourir avant la terminaison même de celle-ci. Il a d'ailleurs publié à l'appui de ses dires d'intéressantes statistiques personnelles.

Une première statistique de 27 cas, comporte un groupe de 5 malades ayant une tuberculose antérieure à la grossesse et aggravée par elle. L'aggravation s'est produite au début même de la gestation, dans son cours ou après l'accouchement. Chez 4 autres malades le début de la tuberculose paraît avoir coïncidé avec celui de la gestation. Ces formes ont évolué avec une extrême rapidité et se sont terminées toutes quatre par la mort.

Dans cinq autres cas la tuberculose s'est manifestée au cours de la grossesse. Toutes ces femmes étaient bien portantes auparavant. Plusieurs avaient bien supporté une ou plusieurs grossesses antérieures, sauf l'une d'elles qui n'a eu qu'une pleurésie sérofibrineuse de nature bacillaire, toutes ces maladies ont présenté des formes graves, rapidement évolutives.

Il cite également 5 cas de tuberculose qui se sont développés immédiatement après l'accouchement.

Huit autres malades ont vu leur tuberculose débiter dans les mois qui suivent l'accouchement, mais il faut tenir compte que les limites de cette catégorie sont un peu arbitraires. Rist a publié quelques années plus tard une statistique plus importante portant sur 90 cas.

Or sur ces 90 cas, 62 étaient morts en quelques mois, ce qui donne le taux impressionnant de 68,8 % de décès. Encore faut-il ajouter à ce nombre les cas où la malade n'a pas succombé, mais où la maladie s'est nettement aggravée et ils sont nombreux.

Enfin Rist insiste sur le fait que la tuberculose lui paraît d'autant plus grave qu'elle se manifeste plus tôt après le début de la grossesse. Il trouve 100 % de morts si la tuberculose a commencé dans les trois premiers mois de celle-ci. De même, les débuts de la maladie marqués par une évolution aiguë fortement fébrile sont particulièrement à redouter.

Rist admet encore que l'une des preuves de l'action néfaste de la grossesse sur la tuberculose est le fait que rien plus que la grossesse ne déränge l'amélioration obtenue par un pneumo-thorax. Il a observé à plusieurs reprises chez des malades traitées par le pneumo-thorax artificiel et qui allaient parfaitement bien une perte de poids temporaire, une température anormale, quelquefois la réapparition de bacilles dans les crachats. Ces accidents plus ou moins prononcés finissent parfois par s'arranger, mais le plus souvent on voit des accidents beaucoup plus graves et l'apparition de lésions du côté opposé. L'évolution peut être rapide et évoluer vers une terminaison fatale.

Par contre, Rist considère comme un excellent critérium de guérison le fait qu'une femme autrefois traitée par le pneumo-thorax peut faire une grossesse sans voir réapparaître aucun des symptômes de son ancienne maladie.

Dans l'ensemble il lui paraît absolument démontré que la grossesse, survenant chez une tuberculeuse pulmonaire, constitue presque toujours une complication grave, souvent mortelle, qu'il n'est pas rare de voir la

gestation ou l'état puerpéral déterminer l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire restée latente jusque-là, enfin que les tuberculoses déclanchées dans ces conditions ont généralement une allure grave. Dans d'autres cas si elle n'est pas mortelle elle entraîne, on peut dire, toujours, une augmentation marquée des lésions préalablement existantes.

Moins absolues sont les conclusions d'un certain nombre d'accoucheurs auxquelles se sont ralliés plusieurs phtisiologues éminents. Leur conception est celle qui est soutenue dans la thèse de Lacomme.

Celui-ci essaye de classer les malades dans deux groupes les tuberculoses figées, inactives et les tuberculoses évolutives. Les proportions qu'a trouvées Lacomme dans sa thèse sont de 18 tuberculoses inactives et de 57 évolutives. Sur les 18 malades du premier groupe 17 vivaient encore un an après leur accouchement. Une seule est morte dans l'année qui a suivi la gestation malgré l'absence de tout signe évolutif pendant la grossesse elle-même. La plupart de ces malades avaient un bon état général, presque toutes étaient porteuses de tuberculoses fibreuses, et un certain nombre avaient présenté des hémoptysies parfois peu de temps avant la gestation.

Quant au deuxième groupe, celui des tuberculoses actives 32 malades sur 57 avaient succombé dans l'année qui avait suivi l'accouchement. Il s'agit donc là d'une mortalité considérable.

Le contingent de mortalité fourni par les multipares est extrêmement important puisque les chiffres donnés par Lacomme sont les suivants :

25 primipares avec 11 décès — 16 secundipares avec 10 décès, 7 tertipares avec 5 décès et 9 femmes accusant une parité supérieure avec le même chiffre de 5 décès.

Plusieurs de ces multipares avaient fait des poussées évolutives au cours des grossesses antérieures. Le fait qu'une tuberculose donne des signes d'évolution au cours de plusieurs grossesses successives paraît donc être un élément pronostic des plus défavorables. Les conclusions de Lacomme paraissent être confirmées par la statistique de plus en plus importante que fournit le Service de Femmes Tuberculeuses annexé à la clinique Baudelocque. Il n'y a nul doute que d'ici quelques années l'appoint apporté par ce service à l'étude de toutes les questions soulevées par les problèmes qui nous occupent ne soit considérable et ne permette d'en résoudre une grande partie.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE AU COURS DE LA GESTATION

1^o LE TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Suivant la formule de Pinard, il faut respecter la grossesse et soigner la tuberculose chez une femme en état de gestation. Mais cette formule peut paraître un peu vaine, étant donné les faibles moyens thérapeutiques que nous pouvons mettre en œuvre à ce sujet. Voyons, cependant, ceux dont nous pouvons nous servir :

Bien entendu, c'est dans ce cas que le traitement récalcifiant trouvera ses meilleures indications. D'autre part on pourra recourir à la cure hygiéno-diététique, mais celle-ci est évidemment beaucoup plus difficile à appliquer, et d'autre part une femme susceptible d'accoucher dans un délai assez bref, d'autant que l'accouchement prématuré est fréquent, doit être le plus souvent à portée d'un centre obstétrical pour que l'ac-

couchement puisse se faire dans de bonnes conditions. Ce fait empêche évidemment un séjour prolongé dans certains sanatoriums éloignés.

2^o L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE. — Mais la question la plus importante de beaucoup est celle de l'avortement thérapeutique. Cette technique a été préconisée surtout par les Allemands comme nous l'avons exposé plus haut. Ils se basaient pour pratiquer systématiquement l'avortement sur le fait de l'aggravation, pour eux indiscutable et constante, que la gestation apporte dans la tuberculose, sur le fait également que les enfants issus de mères tuberculeuses sont chétifs et d'un avenir tout à fait compromis. Ces théories paraissent d'ailleurs discutables et sont loin d'être admises en France. Mais il y a contre elles une objection beaucoup plus forte ce sont les résultats des statistiques elles-mêmes publiées dans les différents pays par les partisans de l'avortement systématique et par les abstentionnistes. De l'ensemble des travaux parus, il semble bien que les résultats soient sensiblement les mêmes. Ces différentes statistiques, la plupart allemandes, ont été citées dans le rapport de Forssner au Congrès de Lausanne. Et il est frappant de voir l'opinion de Schweizer qui, après avoir publié les résultats décourageants obtenus par l'emploi de procédés radicaux dans l'importante clinique de Leipzig, conclut en se demandant s'il y a quelque chose à gagner en interrompant la grossesse.

En réalité l'avortement, comme la grossesse, paraît provoquer une poussée agiue. C'est l'expulsion de l'œuf qui semble la déclancher et la date de cette expulsion ne paraît jouer qu'un faible rôle.

Il semble donc que le fait, certain aujourd'hui, que l'enfant d'une tuberculeuse vient au monde sensible-

ment à terme et sensiblement normal, sans tares héréditaires spéciales, soit en faveur de la théorie de Pinard. Comme l'a dit Forssner nous avons de fortes chances en suivant sa façon de faire, de donner à la race des enfants aussi sains et viables que les autres enfants.

Il existe naturellement des cas d'espèces et l'on peut dans certains cas pratiquer cependant un avortement thérapeutique. On pourrait par exemple agir de cette manière chez une femme atteinte de tuberculose ancienne en voie de guérison, ou de grosse amélioration, et chez laquelle on peut craindre une poussée évolutive au cours de la gestation. Un second point important est de ne pratiquer aucun avortement au cours d'une poussée évolutive.

Cette manière de faire a toujours donné des résultats désastreux.

3° LE PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE. — On a enfin beaucoup préconisé le traitement par le pneumothorax artificiel. Il est certain que celui-ci n'est nullement un obstacle au cours de la gestation et qu'il permet facilement la mise au monde d'un enfant vivant et bien portant.

Mais son action thérapeutique paraît bien loin d'être très concluante. Rist a publié au début de ces recherches sur l'association de la gestation et de la tuberculose une série de cas paraissant favorables. Mais, une statistique ultérieure portant sur un plus grand nombre de cas paraît loin d'être remarquable. Elle porte sur 40 cas; 15 femmes ont été traitées par le pneumothorax moins de deux mois après leur accouchement; chez 5, les résultats ont été assez favorables et se maintenaient depuis un temps relativement bon, chez deux malades le traitement a été impossible à établir par suite d'adhé-

rences; 8 cas se sont terminés par la mort; 25 femmes, d'autre part, ont été traitées au cours de leur grossesse. Au moment où Rist publiait sa statistique, 6 étaient en bonne santé et avaient pu accoucher normalement, 3 voyaient leur situation inchangée, 6 étaient très aggravées, 10 enfin étaient mortes dans un délai relativement court.

Rist insiste sur le caractère médiocre de tels résultats et y voit la preuve de la gravité de la tuberculose chez les femmes enceintes. Il a obtenu seulement 27 % de résultats favorables alors que dans une série parallèle chez des femmes chez qui la gestation n'était pas en cause il a obtenu 52 % de résultats favorables. Etant donné que le pneumothorax artificiel ne peut-être appliqué sérieusement qu'à un petit nombre de malades on voit combien cette arme reste fragile dans les cas d'association de tuberculose et de gestation. D'autre part chez 18 femmes déjà traitées par le pneumothorax artificiel avant leur grossesse et allant bien, il a vu quatre fois des accidents tuberculeux réapparaître et la mort survenir, 14 sont restées cliniquement guéries et ont amené leur grossesse à terme.

On obtient de meilleurs résultats avec le pneumothorax dont le début est le plus éloigné de celui de la grossesse.

Rist a donné à ce sujet quelques conseils : Chez une femme qui a été traitée par un pneumothorax il ne faut permettre la grossesse qu'après deux ans d'apyrexie, et il ne faut jamais permettre l'allaitement.

Etant donné la faiblesse de nos moyens d'action thérapeutique, on ne saurait trop se ranger à l'opinion de Bezançon et interdire autant que possible le mariage et la grossesse aux tuberculeuses, ne permettre celle-ci

que plus de deux ans après la terminaison des accidents pyrétiques.

RAPPORTS DE CAUSALITÉ ENTRE LA GESTATION ET LA TUBERCULOSE.

Nous ne savons encore que très peu de chose sur les rapports de causalité existant, au point de vue biologique, entre la gestation et la tuberculose. Certains les ont attribués à la décalcification de l'organisme, à l'insuffisance thyroïdienne ou hépatique; s'il s'agit d'accidents développés peu de temps après l'accouchement ou avortement, aux facteurs précédents paraissent s'en ajouter d'autres tels que brassage des tubercules placentaires, surmenage physique consécutif au travail.

Beaucoup d'auteurs ont cherché à expliquer pourquoi l'évolution de la tuberculose, parfois relativement lente au cours de la gestation, devient brusquement très rapide après l'accouchement. Signorelli attribue le fait à la simple action du diaphragme. Au cours de la grossesse, ce muscle remonte beaucoup, il réaliserait ainsi une certaine compression des lésions pulmonaires. Au contraire, vers la fin de la grossesse, alors qu'il y a descente du fœtus, et plus encore au moment de l'accouchement, la compression disparaît par abaissement du diaphragme, ce qui expliquerait la production de phénomènes graves à ce moment.

Cette opinion a été admise par de nombreux auteurs, et défendue en particulier par Audebert et R. Beylac. Elle paraît plausible au professeur Sergent qui préconise, dans de tels cas, l'application d'un petit pneumothorax bilatéral. Il a appliqué d'abord cette méthode, à l'instigation de M. Bar, chez trois tuberculeuses au

lendemain même de l'accouchement. Cette pratique ne présente aucun inconvénient; la double insufflation pleurale, sous petite pression, est bien tolérée et elle peut donner d'utiles résultats.

Il est un point sur lequel nous commençons à entrevoir la nature des rapports entre la tuberculose et la grossesse. Celle-ci, de même que la puerpéralité, diminue ou fait disparaître assez fréquemment la cuti-réaction à la tuberculine. Les recherches déjà anciennes de Stern, de Bar et Devraigne, sur les femmes arrivées au 9^e mois de la gestation et sur les accouchées, celles plus récentes de Nobécourt et de Paraf. montrent que ce fait se produit dans quinze pour cent environ des cas. La cuti-réaction redevient positive un certain temps après l'accouchement. La grossesse serait donc, au même titre que certaines maladies comme la grippe et la rougeole, un facteur d'anergie, bien qu'à un degré beaucoup moindre.

E. Coulaud a cherché à pénétrer plus avant dans le mécanisme de ce phénomène. Il semble ressortir de ses intéressantes recherches que la gestation n'est pas le seul moment de la vie génitale de la femme où la cuti-réaction à la tuberculine soit diminuée. A la période prémenstruelle et pendant les deux premiers jours des règles, après ovariectomie, uni ou bilatérale, enfin au moment de la ménopause, il a trouvé chez un nombre assez important de femmes la cuti-réaction supprimée ou affaiblie.

Or, il est certain que la période cataméniale joue, chez les femmes jeunes, un rôle d'action aggravante non douteux; il suffit de rappeler la fréquence des hémoptysies et des poussées fébriles à cette période.

D'autre part, on voit assez souvent des tuberculoses tardives se développer à l'époque de la ménopause et il

ne semble pas, contrairement à une opinion très souvent soutenue, que ses formes soient moins graves et à allure moins rapide que chez des sujets jeunes. Coulaud considère qu'il y a, entre toutes ces périodes, un lien commun, la suractivité thyroïdienne accompagnant la menstruation, la gravidité, l'accouchement, et la puerpéralité, comme la ménopause elle-même, et que l'on observe expérimentalement après la castration ovarienne. Cette suractivité thyroïdienne serait une cause de moindre résistance de l'organisme à la tuberculose.

Une telle conception est, évidemment, loin d'être admise par tous les auteurs, cependant elle repose sur un assez grand nombre d'observations pour mériter d'être prise en considération.

On voit qu'à l'heure actuelle le bilan de nos connaissances sur la causalité qui relie la gestation à la tuberculose est encore bien faible. Cependant, il est probable qu'un avenir prochain nous apportera sur ce point de nouvelles précisions.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons pu, au cours de notre séjour dans un centre de tuberculeux pulmonaires, recueillir quinze observations de femmes atteintes, ou soupçonnées, de tuberculose au cours de leur gestation ou immédiatement après celle-ci. Ce sont ces observations que nous allons maintenant rapporter, en les faisant suivre d'un commentaire mettant en valeur leurs points les plus caractéristiques.

Obs. I. — M^{me} B... (25 ans, primipare) :

Jeune femme jusqu'alors bien portante. A noter seulement dans ses antécédents l'histoire, à 12 ans, d'une angine diphthérique suivie, pendant quelques semaines d'une paralysie oculaire.

Paraît avoir été contaminée quelque temps avant son mariage par sa mère, atteinte d'une tuberculose pulmonaire bilatérale ancienne, à tendance peu évolutive mais qui présente, presque constamment, une expectoration bacillifère, qui ne se soigne pas, et qui ne prend aucune mesure sérieuse de prophylaxie.

La malade a commencé à tousser au cours de l'hiver qui a précédé son mariage, mais sans y attacher d'importance et sans interrompre ses occupations.

Elle vient nous consulter quelques mois après, alors qu'elle est enceinte de 5 mois, pour une fatigue et un amaigrissement de plus en plus prononcés, en même temps que sont apparues, progressivement, des quintes de toux et une expectoration abondante.

L'examen physique montre, outre un amaigrissement prononcé, l'existence de signes de condensation au sommet droit, avec matité, diminution du murmure vésiculaire, râles sous-crépitants débordant largement la région sous-claviculaire en avant, s'étendant dans la face sus-épineuse en arrière.

Un examen radioscopique, un cliché radiographique, confirment l'existence et l'étendue des lésions, en même temps que l'intégrité du poumon gauche. Un examen de l'expectoration montre la présence de nombreux bacilles de Koch.

Après quelques jours d'observation, la température devenant largement fébrile et présentant des oscillations importantes, on pratique un pneumothorax artificiel. Celui-ci, parfaitement supporté et rapidement établi, entraîne un décollement total, et on en obtient quelque résultat : diminution de l'expectoration, chute de la température, relèvement de l'état général. Mais cette amélioration paraissant insuffisante, après plusieurs consultations, on décide d'interrompre la grossesse.

Cette intervention faite sous anesthésie générale est parfaitement

supportée et n'entraîne aucune poussée thermique. La malade reste alors plusieurs mois en bonne santé apparente; l'expectoration est presque nulle, la température entièrement normale. Le poids augmente et la malade se croit, à ce point, guérie qu'elle se refuse à toute cure sanatoriale et qu'elle reprend imprudemment une existence assez active.

Cinq mois après l'établissement du pneumothorax, elle fait rapidement, et sans cause apparente, une extension symétrique considérable, occupant en quelques semaines le tiers supérieur du poumon droit. Les signes fonctionnels et généraux réapparaissent, une généralisation laryngée apparaît, et la malade meurt en deux mois environ au milieu des phénomènes asphyxiques après qu'on a décomprimé, à peu près complètement, le pneumothorax préalablement institué. De ce côté on trouvait également les signes d'une extension très prononcée, qui se caractérisait par une réapparition des signes physiques qui se percevaient jusqu'au niveau de la base pulmonaire.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBS. II. — M^{me} C... (secondipare, 39 ans) :

Malade présentant, depuis sept ans, les signes d'une tuberculose pulmonaire discrète. Le début remonte à l'année 1918, où deux mois après une forte poussée de grippe épidémique, accompagnée de phénomènes broncho-pulmonaires, la malade s'est mise à tousser et à cracher. Cet état a duré plusieurs mois, ne s'accompagnant que de loin en loin d'une poussée thermique atteignant 38°.

On a trouvé, à plusieurs reprises, des signes de condensation du sommet droit. Un examen de l'expectoration a montré, une fois, la présence de bacilles de Koch, puis tout paraît avoir cédé, à peu près complètement, après quelques mois de repos pris par la malade à la campagne.

Plusieurs fois des accidents analogues se sont produits. Aucune des poussées ne paraît avoir présenté une gravité égale à la première. Cependant, en différentes occasions, on a trouvé des bacilles de Koch dans l'expectoration. Plusieurs examens radioscopiques, pratiqués de

loin en loin, ont montré une diminution de transparence de la totalité du champ pulmonaire droit, avec importante ombre hilaire se prolongeant dans l'intérieur du p^{ou}mon par un grand nombre de tractus épais. En même temps existait un certain degré de rétraction de l'hémithorax et un aspect festonné et immobile de l'hémidiaphragme du même côté.

Cette femme se maintenait dans un état relativement satisfaisant, toussant et crachant tous les hivers, mais se trouvant à peu près bien l'été, quand elle commença une seconde grossesse, la première gestation ayant eu lieu quinze ans auparavant.

Dès le début de la gestation, la toux et l'expectoration augmentèrent, en même temps que la température devenait fréquemment subfébrile. A partir du 5^e mois, l'évolution de la tuberculose est très nette, la fièvre est presque constante, l'amaigrissement est de plus en plus prononcé. Cependant, la malade s'inquiète peu de son état et ne se décide à consulter qu'à la fin du 8^e mois de sa grossesse. A ce moment elle est obligée de garder le lit. Elle présente les signes d'une tuberculose évolutive du côté droit, alors que le côté gauche semble être resté intact.

On hospitalise alors la malade dans le but de tenter un pneumothorax artificiel mais celui-ci ne peut être pratiqué en raison d'adhérences étendues que laissent, d'ailleurs, prévoir la rétraction thoracique et l'aspect radiologique de l'hémidiaphragme. Quelques jours après cette tentative, la malade accouche prématurément.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, la température s'élève aux environs de 39°, en même temps que les signes physiques paraissent s'étendre considérablement. Mais, sans traitement spécial, la température revient sensiblement à la normale et, pendant trois semaines environ, la maladie donne l'impression de ne pas devoir s'aggraver. Puis, soudain, apparaissent une dyspnée intense, avec signes d'insuffisance cardiaque. L'expectoration nummulaire est très abondante, la fièvre s'élève considérablement, un délire léger apparaît et la mort survient en quelques jours.

L'autopsie montre l'existence d'une symphyse pleurale droite com-

plète. Il faut sculpter le poumon dans la paroi pour l'extraire du thorax; on constate alors qu'il est densifié dans son ensemble. A la coupe, on trouve toute une série de petits tubercules crétacés, au niveau du sommet droit avec, au milieu d'eux, une petite cavité du volume d'une cerise, à parois sèches, lisses, et paraissant cicatrisées. Toute la partie sous-jacente du poumon droit est parsemée de lésions de broncho-pneumonie diffuse, encavée en certains points, formant en d'autres des nodules confluents. A gauche il existe quelques foyers de broncho-pneumonie tuberculeuse de date récente, mais l'ensemble du parenchyme pulmonaire est presque intact.

Il existe quelques granulations pie-mériennes en rapport, sans doute, avec les phénomènes délirants qui ont précédé la mort. On trouve également quelques granulations sous la capsule des deux reins et dans le parenchyme hépatique. Il n'y a pas de lésions intestinales.

Obs. III. — Mme F... (34 ans) : secundipare.

Malade sans antécédents personnels importants. Début brusque, il y a six ans, par de la toux et de l'expectoration, avec de violentes douleurs thoraciques alors que la malade venait d'accoucher trois mois auparavant. L'allaitement maternel avait dû être supprimé immédiatement après l'accouchement par suite d'abcès du sein. On fait, à ce moment, le diagnostic de tuberculose pulmonaire unilatérale gauche, diagnostic confirmé par un examen bactériologique positif. Une amélioration considérable survient après un repos de quelques mois à la campagne. La malade se considère comme guérie, au point qu'elle reprend, avec elle, son enfant dont on l'avait séparée. Trois ans après survient une nouvelle grossesse qui paraît bien supportée mais, cinq mois après l'accouchement, il se produit une nouvelle poussée évolutive qui s'accompagne de signes fonctionnels, généraux et physiques, importants. Un cliché radiographique montre l'existence d'une condensation importante du sommet gauche contenant, au centre, une petite excavation; un examen bactériologique montre la présence de bacilles. Un pneumothorax artificiel est alors institué; il

entraîne un décollement total et est suivi d'une amélioration très nette de l'état général. Le pneumothorax est entretenu depuis trois ans et, malgré quelques incidents passagers et un ou deux épisodes fébriles avec toux et reprise de l'expectoration, il semble donner de bons résultats. On n'a, cependant, pas encore considéré l'amélioration comme suffisante pour l'interrompre.

OBS. IV. — M^{me} H... (36 ans) : primipare.

Malade depuis quatre ans. Le début a coïncidé avec le début d'une gestation. A ce moment, essoufflement, un peu de toux et d'expectoration. Il n'y a jamais eu de température. La gestation est interrompue par un avortement spontané à la suite d'un violent traumatisme (accident d'automobile). A ce moment se met à évoluer une tuberculose à tendance fibreuse, peu évolutive, pendant trois années.

A plusieurs reprises on trouve quelques bacilles dans l'expectoration. Les signes physiques ont toujours été très discrets mais, par trois fois sont survenues des hémoptysies abondantes. A différents intervalles la malade a suivi des cures libres à la campagne dans de bonnes conditions d'hygiène et de repos, qui paraissent l'avoir améliorée. Cependant, au bout de trois ans, elle fait une poussée fébrile aiguë, avec dyspnée, cyanose, signes de défaillance cardiaque. Elle finit par mourir à la suite de deux ou trois poussées successives qui paraissent correspondre à des poussées granuliques sur une ancienne tuberculose fibreuse. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBS. V. — M^{me} G. M... (28 ans) : secundipare.

Malade toujours chétive, d'une santé un peu délicate. Bronchites fréquentes l'hiver, qu'elle attribue à des rhumes fréquents et à l'exercice de sa profession qui l'oblige à travailler dans un endroit froid et humide. Elle se marie à l'âge de 25 ans et quitte alors la ville pour aller habiter à la campagne. Elle a un premier enfant. Le début de la gestation est bien supporté mais, dès le 8^e mois, la malade commence à tousser et à cracher. L'accouchement se fait un peu avant terme et est suivi d'une poussée fébrile, accompagnée d'une grande fatigue et

de quelques signes pulmonaires. Tous ces phénomènes paraissent, cependant, s'amender mais, deux ans après, au cours d'une deuxième grossesse, la malade présente les signes d'une tuberculose pulmonaire évolutive, à marche progressive.

L'accouchement se fait à terme alors que la malade est dans un état très médiocre; il est suivi d'extension des lésions pulmonaires et de l'apparition de signes d'entérite tuberculeuse. La malade meurt deux après l'accouchement à la suite d'une période prolongée de diarrhée profuse accompagnée de signes de réaction péritonéale. L'enfant est mort quinze jours après la naissance avec des signes de dénutrition progressive.

Obs. VI. — M^{me} X... (27 ans) : secundipare.

Femme très robuste, exerçant une profession pénible. A un enfant de 4 ans bien portant. Au cours de cette première gestation, aurait présenté une hématurie pour laquelle elle serait restée alitée quelques semaines et sur la cause de laquelle aucun diagnostic précis ne paraît avoir été porté.

Elle se sent fatiguée depuis plusieurs mois et présente brusquement, au cours de son travail, une hémoptysie considérable qui ne cède qu'après plusieurs jours et après l'emploi d'une médication anti-hémostatique importante. Quand la malade peut se lever on constate, à l'examen radioscopique, qu'il s'agit d'une condensation unilatérale gauche, située à la partie moyenne et à la base du poumon gauche. Le côté droit paraît normal. On pratique alors un pneumothorax artificiel. La grossesse continue à évoluer normalement et la malade accouche à terme. Pendant le cours de la grossesse, sans que les lésions paraissent évoluer, on constate cependant un amaigrissement et un état de fatigue très prononcé. L'accouchement est suivi d'une courte période fébrile. Cependant, à la longue, le résultat s'avère comme très favorable.

La malade est suivie régulièrement; elle est encore vivante trois ans après et en assez bonne santé; cependant on est forcé de continuer

les réinsufflations d'une manière régulière sans juger bon d'interrompre le pneumothorax.

OBS. VII. — M^{me} S... (28 ans) : primipare.

Cette malade a présenté les signes d'une tuberculose pulmonaire qui date d'environ dix ans, et se poursuit depuis cette époque à bas bruit. A maintes reprises elle est venue consulter, se plaignant tantôt de douleurs thoraciques, toujours au sommet du poumon droit, tantôt d'amaigrissement et de fatigue. L'amaigrissement, atteignant 3 à 4 kilos, a été constaté à plusieurs reprises. En même temps la malade présentait de la toux et de l'expectoration; de nombreux examens de crachats ont été pratiqués, un seul s'est montré positif. De même, plusieurs clichés radiographiques ont montré des taches, petites, mais confluentes au niveau du sommet droit. Plusieurs de ces taches, très obscures, paraissaient calcifiées. L'état de la malade était plutôt en voie d'amélioration; le poids avait augmenté de 3 kilos sur ce qu'il était avant le début des premiers accidents, quand la malade commença une première gestation.

Cette grossesse est marquée pendant trois mois par des vomissements répétés et une reprise de l'amaigrissement. Il semble exister ensuite une période d'accalmie mais, dans le cours du 5^e mois, les phénomènes pulmonaires se réveillent, la toux, l'expectoration réapparaissent; la présence de bacilles de Koch est constamment constatée dans les crachats; la température devient subfébrile puis franchement fébrile. Les signes physiques du sommet droit, réduits à quelques sibilants assez fixes depuis quelques années, s'étendent; il s'y joint de gros râles sous-crépitaants. Bientôt on constate les signes d'une bilatéralisation gauche à point de départ hilair. La radiographie, pratiquée par deux fois, montre d'abord une extension vraiment considérable des lésions; tout le lobe pulmonaire supérieur droit est envahi et, dans le second cliché, on constate une importante condensation dans la partie moyenne du poumon gauche, en même temps qu'on note l'existence d'excavations dans la zone atteinte du côté droit.

L'évolution se poursuit dès lors avec une extrême rapidité. L'état général est très atteint. La malade accouche prématurément, au 8^e mois, d'une fille qui ne vit que quelques jours. La malade meurt elle-même dans la cachexie et l'hecticité, deux mois après l'accouchement, qui semble avoir été suivi d'une aggravation encore plus marquée des lésions.

OBS. VIII. — M^{me} F... (26 ans) : primipare.

Toujours bien portante. Cependant elle a fait, en 1919, un épisode pulmonaire fébrile, qualifié « grippe », au cours duquel elle aurait craché un peu de sang, et à la suite duquel elle aurait fortement maigri.

Grossesse en 1922. La malade commence à tousser au cours de la seconde partie de sa grossesse. La toux augmente après l'accouchement, qui se passe normalement, mais trois mois après, alors que la malade allaite, l'état général s'affaiblit, une fatigue croissante se manifeste pour laquelle la malade demande un avis médical. On trouve, à ce moment, les signes d'une condensation nette du sommet gauche, avec présence des bacilles de Koch dans l'expectoration. On tente un pneumothorax qui échoue devant une symphyse totale, et on suspend l'allaitement. Une cure sanatoriale de cinq mois est suivie d'une amélioration importante, puis survient une nouvelle poussée à allure aiguë, sans envahissement appréciable du côté gauche. On propose une phrénisectomie qui est refusée. La malade meurt dix-huit mois après le début des accidents. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

OBS. IX. — M^{me} B... (22 ans) : primipare.

Malade d'aspect chétif n'ayant eu, cependant, aucun antécédent pulmonaire. Elle se plaint, depuis son enfance, d'essoufflement à la marche et de quelques palpitations. Elle vient consulter pour une gestation en cours et datant de cinq mois, surtout parce qu'elle est essoufflée et fatiguée. L'examen physique montre un rétrécissement mitral avec une légère distension cardiaque qui cède rapidement au

repos et à un petit traitement tonicardiaque. Mais l'auscultation montre également un foyer de râles sous-crépitaux fixes, au niveau de la partie moyenne du poumon droit. Il existe là un foyer obscur, très net à l'examen radioscopique, et qui forme, sur un cliché, une masse excavée dans son centre et se prolongeant par un semis de fines taches dans la partie moyenne du poumon droit. Trois examens de l'expectoration donnent un résultat négatif mais ils portent surtout sur de la salive, la malade ne sachant pas cracher et déglutissant son expectoration. La nature tuberculeuse d'une semblable lésion ne paraît pourtant pas douteuse.

Les phénomènes semblent, cependant, s'améliorer sous l'influence du repos, mais les signes physiques restent toujours aussi nets sans toutefois avoir tendance à s'accroître. L'accouchement se fait à terme, d'une façon normale, sans aucune défaillance cardiaque. La malade ne présente aucun phénomène fébrile dans les trois mois qui suivent l'accouchement; cependant elle tousse et crache un peu, et les signes physiques sont toujours les mêmes, avec peut-être une certaine tendance à l'extension. La malade est ensuite perdue de vue.

OBS. X. — M^{me} C... (29 ans) : primipare.

Malade dont les accidents ont commencé deux mois après le début d'une première gestation. Le début est marqué par une certaine dyspnée d'effort, et par une sensation de malaise accompagnée de poussées fébriles. Les signes physiques apparaissent rapidement et l'évolution se fait d'une manière grave et progressive. Au moment où la grossesse est environ au 5^e mois, la malade se décide à entrer à l'hôpital. On constate alors que, si les lésions sont bi-latérales, il y a cependant une prédominance considérable à droite. On pratique alors un pneumothorax surtout dans le but de permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme. Le pneumothorax est bien supporté et entraîne une compression très suffisante, mais l'évolution paraît à peine ralentie. Si l'expectoration diminue, la fièvre persiste et l'état général continue à s'altérer.

La malade accouche un peu avant terme à 8 mois $1/2$; l'accouche-

ment a été terminé au moyen de forceps. L'enfant, d'apparence chétive, ne vit que quatre jours; la mère succombe six jours après l'accouchement.

L'autopsie montre un pneumothorax complet droit, à la réserve d'une adhérence axillaire mais, à la coupe, le poumon collabé se montre rempli de lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse, à prédominance scissurale, dont la plupart paraissent extrêmement récentes. Il existe plusieurs excavations mélangées à des lésions plus anciennes dans la partie supérieure du poumon. A gauche on constate plusieurs foyers de tuberculose, disséminés à l'intérieur du parenchyme pulmonaire. Il existe une adénopathie trachéo-bronchique plus importante qu'il est habituel de la constater chez l'adulte; certains ganglions sont crétaçés, d'autres caséux. On ne trouve pas d'autres lésions tuberculeuses. L'intestin, en particulier, ne présente aucune ulcération.

OBS. XI. — M^{me} L. B... (26 ans) : primipare.

Début de grossesse datant du mois de septembre. Dès fin octobre la malade se sent fatiguée; elle consulte un médecin qui parle de bronchite banale, puis un second qui conseille un examen radiologique. Celui-ci, pratiqué, montre une condensation, paraissant non-homogène, du sommet gauche. L'état général est bon et la malade est à peu près apyrétique.

On pratique alors un pneumothorax qui paraît se présenter dans d'excellentes conditions, d'autant que le décollement se montre, d'emblée, complet.

Après institution du pneumothorax, on s'aperçoit qu'au centre de la région atteinte, existe une caverne volumineuse qu'on n'avait pas constaté à l'examen radiologique antérieur.

L'avenir dément le pronostic relativement bénin porté au début. En effet, la température s'élève peu de jours après le début de traitement et persiste jusqu'à la fin de l'évolution; elle se maintient constamment entre 37°5 et 38°5, malgré la compression, et sans qu'on puisse déceler des signes de bilatéralisation.

La malade fait un avortement spontané au début du 4^e mois, avortement qui paraît ne pas influencer nettement sur la marche des lésions. En dépit d'une cure sanatoriale rigoureuse, et malgré la continuation du pneumothorax, il y a plutôt aggravation jusqu'au mois d'octobre de l'année suivante, où le poumon opposé se prend à son tour. L'évolution est, dès lors, rapide, et la mort survient dix-huit mois après le début des accidents.

OBS. XII. — M^{me} W... (21 ans) : primipare.

Malade enceinte de sept mois, qui entre à la clinique dans un état grave. On a peu de renseignements sur son état antérieur, cependant on sait qu'elle souffrait de la vessie et du rein droit depuis plusieurs mois. Elle tousse, et présente de la fièvre depuis le début de sa grossesse. Depuis plusieurs semaines, elle présente des troubles intestinaux graves, avec diarrhée profuse. On relève les signes d'une tuberculose excavée bilatérale.

La malade meurt d'hémoptysie foudroyante au 8^e mois de sa gestation.

L'autopsie montre des zones étendues de ramollissement, avec une caverne remplie de caillots du côté gauche et qui doit être le siège de l'hémorragie mortelle. Il existe au sommet, du même côté, des lésions scléreuses avec des tubercules crétacés paraissant très anciens. L'intestin grêle est rempli d'ulcérations tuberculeuses, plus abondantes au niveau de la partie terminale de l'ilion. Il existe également une caverne ouverte dans le bassin, du côté du rein droit.

OBS. XIII. — M^{me} X... (28 ans) : secundipare.

Femme enceinte de 3 mois. Elle a présenté, il y a cinq ans, une grossesse interrompue volontairement. Cette interruption n'a été suivie d'aucun accident.

La femme tousse depuis quelques semaines et se sent fatiguée depuis le début de sa gestation, mais elle vient consulter parce qu'elle a présenté une hémoptysie assez abondante qui est survenue brusquement en pleine nuit.

L'examen physique montre de la diminution du murmure vésiculaire et de la submatité au niveau du sommet gauche. A l'examen radioscopique on trouve, au niveau des deux premiers espaces intercostaux, un aspect nuageux à la toux. La malade demande instamment que l'on interrompe sa grossesse; cependant nous lui conseillons d'attendre quelques semaines en suivant une cure hygiénodiététique. Les effets de celle-ci sont excellents. Bientôt la malade ne tousse plus et ne crache plus. La grossesse évolue normalement et l'accouchement se fait à terme. Par prudence on interdit l'allaitement.

La malade, revue plusieurs fois depuis cette époque, n'a présenté aucun phénomène pathologique sérieux. Une certaine obscurité du sommet gauche persiste qui se révèle à l'examen radioscopique.

OBS. XIV. — M. R... (20 ans) : primipare.

Malade sans antécédents pathologiques. En mars, alors qu'elle est en bonne santé, elle accouche d'un garçon bien portant. Un mois après, elle commence à se sentir fatiguée, à tousser et à cracher, à présenter, par périodes, de la température. Elle est vue par un médecin qui l'envoie à l'hôpital où l'on constate l'existence de lésions tuberculeuses, bilatérales, discrètes, à peu près apyrétiques, dont la tendance évolutive paraît faible. La malade est envoyée en sanatorium où elle passe six mois. Elle est très améliorée à sa sortie. Revue un an après, elle reste en bonne santé, bien qu'elle ait, parfois, un peu de toux et d'expectoration. Elle est, ensuite, perdue de vue.

OBS. XV. — M^{me} E... (23 ans) : primipare.

Cette malade vient nous consulter sur le conseil de son médecin qui la considère comme tuberculeuse et redoute chez elle l'évolution d'une grossesse à son début. Il s'agit d'une première gestation. La malade vient de présenter, pendant quinze jours, des poussées thermiques irrégulières avec toux persistante et amaigrissement. Elle tousse et crache encore beaucoup. Un examen radioscopique aurait montré une diminution de transparence des deux sommets. Plusieurs

examens de crachats ont été pratiqués. Aucun n'a montré la présence de bacilles de Koch.

Nous sommes frappés, à l'examen physique de cette malade, de l'existence de râles seulement sibilants, sans signes de condensation nette. L'examen radioscopique est sensiblement normal, l'existence d'une diminution de transparence homogène des sommets est des plus discutables. La malade est constamment enrhumée, enrouée, respire mal la nuit.

Nous faisons pratiquer un examen rhinologique qui montre une déviation très importante de la cloison, avec obstruction nasale presque complète, et rhinite muco-purulente. Après désinfection nasale prudente, on attend la fin de la grossesse qui se passe normalement. On pratique, plusieurs mois après, une résection sous-muqueuse de la cloison, à la suite de laquelle tous les phénomènes disparaissent. Il s'agissait d'une fausse tuberculose par bronchite du sommet, consécutive à une suppuration rhino-pharyngée.

Les résultats fournis par la statistique de nos 14 cas paraissent plutôt en faveur de la gravité de la tuberculose associée à la gestation. On peut lui reprocher le nombre relativement faible de cas observés; mais, il est difficile, à moins d'avoir un service de l'importance de celui du professeur Gouvelaire à la Maternité de Paris, d'observer un grand nombre de femmes tuberculeuses en état de gestation.

La gravité ressort immédiatement du fait, 9 de nos malades, sur 14, sont décédées dans un délai qui n'a pas excédé quatre ans après le début clinique de la tuberculose.

Dans trois des cas nous avons pu pratiquer l'autopsie; nous avons, chaque fois, été frappés de l'énorme extension des lésions. Non seulement il existait des lésions pulmonaires récentes, mais encore on voyait une diffusion de la tuberculose étendue à la plupart des

organes, intestin, rein, péritoine, rate, méninges. Quant aux lésions pulmonaires, il nous a rarement été donné d'observer une généralisation telle et une diffusion broncho-pneumonique récente, que celle constatée, par exemple, dans l'observation n^o 11.

CONCLUSIONS

1^o Nous avons pu observer 14 femmes tuberculeuses chez lesquelles une gestation a évolué, 9 de ces malades sont mortes dans un délai maximum de quatre ans. Cette proportion est sensiblement analogue à celle donnée par M. Rist, et paraît témoigner de la gravité de la co-existence de la gestation et de la tuberculose pulmonaire;

2^o Les femmes atteintes de tuberculose fibreuse ne nous ont pas paru être toujours à l'abri des accidents; il nous a semblé, au moins dans nos observations, que c'était surtout l'étendue anatomique des lésions au début de la grossesse qui joue un rôle;

3^o Les moyens thérapeutiques mis en œuvre donnent des résultats médiocres.

L'avortement thérapeutique paraît en particulier ne devoir être qu'une mesure d'exception.

Le pneumothorax artificiel offre l'avantage important de respecter la vie de l'enfant à naître, et d'être bien supporté pendant la gestation; il donne, cependant, des résultats bien inférieurs à ceux que l'on obtient grâce à lui en dehors de la gravidité.

Vu : le Président de la thèse
BEZANÇON

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — Nécessité des examens bactériologiques et radiologiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, n° 1, 1920.
- Indications formelles du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. *Bulletin Médical*, 1922, n° 13; *Revue de la Tuberculose*, 1923, p. 118.
- AMSLER. — Pneumothorax artificiel et tuberculose. *Thèse de Paris*, 1922.
- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonctions de reproduction. *Thèse de Paris*, 1927.
- ARNOULD. — Pronostic général de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 19 janvier, 1921.
- La mortalité tuberculeuse du sexe féminin. *Revue de la Tuberculose*, t. III, n° 2, 1922.
- AUDEBERT et BAYLAC. — Pneumothorax artificiel dans la grossesse compliquée de tuberculose pulmonaire. *Société de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie de Toulouse*, 11 et 21 mars 1925.
- BAR. — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. *VII^e Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1912.
- De la tuberculose compliquée de grossesse. Conférence à Madrid, 1921.
- Tuberculose et gestation. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, n° 37, 14 novembre 1922; n° 42, 19 décembre 1922.
- BAR et DEVRAIGNE. — La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. *Revue Mensuelle d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1905.

- BENDOVE. — The Circulatory Changes in Artificial Pneumothorax. *American Review of Tuberculosis*, octobre 1925, t. XII, n° 2).
- BERNARD (Léon). — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 42, 19 décembre 1922.
- Gestation et tuberculose. *Presse Médicale*, 16 novembre 1921.
- Relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité. *Paris Médical*, 6 janvier 1923.
- BERNARD (L.) et DEBRÉ. — Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. *Paris Médical*, 1^{er} juin, 1921; *Académie de Médecine*, 5 octobre 1920, 15 mai 1923; *Annales de Médecine*, mai 1923.
- BEZANÇON. — La période menstruelle chez les tuberculeuses. *Bulletin Médical*, 1913, n° 83.
- Conception actuelle de la tuberculose pulmonaire. *La Médecine*, n° 8, 1923.
- Notions nouvelles sur le parasite de la tuberculose. *La Médecine*, n° 9 bis, juin 1926.
- BEZANÇON et DE SERBONNES. — Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. *Société Médicale des Hopitaux*, 17 mars, 1910.
- BEZANÇON, AZOULAY et CHABAUD. — Les accidents nerveux au cours des insufflations du pneumothorax artificiel. *Revue de la Tuberculose*, août 1925, t. VI, n° 4.
- BOSC. — Grossesse et pneumothorax artificiel. *Gazette Médicale du Centre*, 15 septembre 1922.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Tuberculose et grossesse. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 18 juin 1921.
- BRINDEAU. — Tuberculose et grossesse. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 18 juin 1921; *Congrès de Genève*, 1923.

- BROUFIN, NELSON et ZARIT. — Artificial Pneumothorax. *American Review of Tuberculosis*, novembre 1925, t. XII, n° 3.
- CALMETTE, VALTIS, LACOMME. — Transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant. *Académie des Sciences*, 8 novembre 1926; *Presse Médicale*, 10 novembre 1926.
- CÉLESTIN. — Pneumothorax artificiel et tuberculose pulmonaire bilatérale. *Thèse de Paris*, 1926.
- CHAUFFARD. — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 37, 14 novembre 1922.
- CHIRIÉ et WALTER. — L'avortement provoqué dans la tuberculose compliquée de grossesse. *Bulletin Médical* des 23 et 26 août 1922.
- CLEISZ. — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité. *Gynécologie et Obstétrique*, t. VII, n° 2, 1923.
- Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation. *Gynécologie et Obstétrique*, t. VII, n° 3, 1923.
- COHN. — Tuberkulose und Schwangerschaft. *Beitr. Z. Klinik. der Tuberkulose*, t. XXI, p. 17-31.
- COLOMBET. — Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire. *Thèse de Lyon*, 1912.
- COMBY. — *III^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Genève, 1923.
- COULAND. — La cutiréaction à la tuberculine pendant les règles et après l'ovariotomie. *Société Médicale des Hôpitaux*, 3^e série, t. XLIV, 1921, p. 155.
- Le corps thyroïde des tuberculeux. *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 3^e série, t. XLIV, 1920, p. 1551.
- La cutiréaction à la tuberculine chez les femmes. *La Médecine*, mai 1923.

- COUVELAIRE. — Rapports de la tuberculose et de la gravidité. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 18 avril 1921, p. 216 et 217.
- Protection médicale et sociale de la femme enceinte. *Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, octobre 1921; *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, t. IV, p. 535-538.
- Avenir des enfants nés de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, novembre 1923, p. 469.
- Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. Séances de l'Académie de Médecine du 23 novembre 1926 et suivantes.
- DANTIER. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. *Thèse de Paris*, 1920.
- DEBRÉ et JACQUET. — La période antéallergique de la tuberculose humaine. *Annales de Médecine*, 1920, n° 2.
- DEBRÉ et LAPLANE. — Le nouveau-né issu de parents tuberculeux. *Le Nourrisson*, juillet 1922.
- DEBRÉ et LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux, séparé avant la contamination. *Annales de Médecine*, novembre 1925, t. XVIII, n° 5.
- DELMAS. — Tuberculose et puerpéralité. *Clinique et Laboratoire*, 30 mai 1922.
- DEMAREST et BRETTE. — Grossesse et tuberculose. *Presse Médicale*, 21, juin 1922.
- Rapports de la grossesse et de la tuberculose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. LXXXIII, n° 31, 3 octobre 1922.
- FORSSNER. — Rapport à la Conférence de Lausanne, 1924. *Revue de la Tuberculose*, 1924, n° 6.
- FRUHNHOLZ. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire. *Revue Médicale de l'Est*, 46^e année, t. LI, n° 7.
- GIRARD. — Tuberculose et puerpéralité. *Thèse de Montpellier*, 1923

GODREAU (M^{lle}). — Tuberculose et puerpéralité. *Thèse de Toulouse*, 1906.

GRIMBERT. — Grossesse et pneumothorax artificiel. *Thèse de Paris*, 1923.

GRISOLLE. — De l'influence que la grossesse et la phtisie exercent l'une sur l'autre. *Annales générales de Médecine*, t. XXII, 1850.

GUILLAUMET. — Grossesse et tuberculose. Avortement thérapeutique. *Thèse de Lyon*, 1922.

GUINARD (V.). — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire. *Thèse de Paris*, 1925.

HERGOTT. — Discussion sur la tuberculose et la gestation. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 novembre 1922.

HERVÉ. — Grossesse et pneumothorax artificiel. *Revue de la Tuberculose*, 1921, n^o 1; *Gazette Médicale du Centre*, 15 février 1922; *Concours médical*, 21 mai 1922.

KERRER. — Tuberkulose und Schwangerschaft. Rapport au Congrès antituberculeux allemand Elster-Bains, 1921; *Zeit f. Tuberk.*, t. XXXIV, p. 693.

KUSS. — Tuberculose pulmonaire et gestation. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922.

KUTHY (O.) et LOBMAYER (G.). — Künstlicher Pneumothorax angelegt im 4. Monat der Gravidität. *Beitr. Z. Klinik der Tuberkulose*, vol. XXVII, p. 285-290, 1913.

LACOMME. — Une maternité pour tuberculeuses, annexée à la Clinique Baudelocque. *Thèse de Paris*, 1926.

LANDOUZY. — Hérédité tuberculeuse de graine, et état diathésique. *Revue de Médecine*, 1891, p. 411.

LASÈGUE. — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral. *Thèse de Paris*, 1880.

LAUMONIER. — Grossesse et tuberculose. *Gazette des Hôpitaux*, 6 mars 1923.

LELONG. — L'enfant issu de parents tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1925.

- LEURET et CAUSSIMON. — Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire. *Revue de la Tuberculose*, 1925, p. 689.
- MARQUETTE. — Tuberculose pulmonaire et avortement. *Thèse de Lyon*, 1908.
- MARAGLIANO. — Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique. *La Clinica ostét.*, 1906.
- MAZET. — Tuberculose et grossesse. *Thèse de Paris*, 1925.
- METZGER. — Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922.
- MITROVITCH. — Tuberculose, pneumothorax artificiel, et gestation. *Thèse de Paris*, 1922.
- NORVEGEN. — Tuberculose et grossesse. *Thèse de Paris*, 1922.
- MORISSON-LACOMBE. — Tuberculose et gestation. *Journal de Médecine de Paris*, 1924.
- MOURGUES. — Tuberculose, grossesse et pneumothorax artificiel. *Thèse de Toulouse*, 1925.
- NOBÉCOURT et PARAF. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et de l'allaitement. *Presse Médicale*, 18 février 1920.
- NORRIS et DOUGLAS. — Pregnancy in the Tuberculous. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. IV, n° 6, 1922.
- PÉAND. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1920.
- PINARD. — Rapport au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Rome, 1912.
- De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. *Bulletin Médical*, 19 juin 1912; *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1912.
- Tuberculose et grossesse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 novembre 1922.

POWILEWICZ. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, janvier 1922.

RAILLET. — Tuberculose et gestation. *Archives Médicales et Chirurgicales de Province*, n° 10, p. 453, octobre 1923.

RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 14 mars 1921. *Revue de la Tuberculose*, 1924, n° 6.

— La tuberculose, Armand Colin éd., Paris, 1927.

RIST, ROLLAND et RAVINA. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. *Société Médicale des Hôpitaux*, 19 novembre 1920.

ROSSIER. — Rapport au Congrès de Genève, 1923.

SAKKA ALI. — Tuberculose et grossesse. *Thèse de Paris*, 1917-1918.

SAVÉ, CARRERAS et SEIX. — Etat actuel des relations existant entre la tuberculose et la grossesse. *Revista Médica de Barcelona*, septembre 1924, n° 9, ou *Revue de la Tuberculose*, 1925, p. 150.

SERGEANT. — Tuberculose et gestation. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 8 janvier 1922. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 41, 12 décembre 1922, n° 42; 19 décembre 1922 et 11 juillet 1922.

SIREDEY. — Rapport de la tuberculose et de la gravidité. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 14 mars 1921, 18 avril 1921.

SLATER. — Artificial Pneumothorax and Pregnancy. *The American Review of Tuberculosis*, vol. II, p. 497, 1918.

STERN. — Tuberkulineutanreaktion und Schwangerschaft. *Zeit. f. Gyn. und Geb.*, t. III, 1905, p. 74.

VOORNVELD. — Therapeutischer Pneumothorax in der Behandlung der Hungentuberkulose bei Schwangeren. *Corr. Bl. f. Schweiz-Aertze*, t. XLVII, p. 689, 1917.

WALLICH. — Rapports de la tuberculose et de la gestation. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 41, 12 décembre 1922; *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 8 janvier 1922.

WEYMEERSCH et OLBRECHTS. — Rapport au Congrès de Genève, 1923.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction.	9
II. — Historique	10
III. — Les conceptions modernes sur les rapports de la gestation et de la tuberculose.	14
IV. — Traitement de la tuberculose au cours de la gestation.	21
V. — Rapports de causalité entre la gestation et la tuberculose	25
VI. — Observations	27
VII. — Conclusions	42
Bibliographie	43

